

***Herpes circinado Tinea
corporis, Tinea
circinata. Tinea
glabrosa***

Por los Dres.:

ABELARDO RODRÍGUEZ MORA,(4) JESÚS CURRAS
ARGUELLES,(5) y SATVTOS FABRÉS DÍAZ (6)

Rodríguez Mora A.; et al. *Herpes circinmlo*. Rev. Cub. Med. 10: 2, 1971.

Estudiamos un caso de herpes circinado en una paciente adulta que comprobamos clínica y micológicamente, donde se obtuvo el *Trichophyton rubrum* (*T. purpureum*) no informado en Cuba en esta afección; tratada con la griseofulvina en su comienzo con recidivas y más tarde con pomada Wliitfield, evolucionando satisfactoriamente.

DEFINICION

Es una afección micótica de la piel lanuginosa, causada por varias especies de *Trichophyton* y *Microsporum*, caracterizada por placas circinadas o policíclicas generalmente en escaso número.

SINTOMATOLOGIA

La lesión más común y característica es una placa anular eritematoescamosa; su borde activo es de color rojo, y en el cual pueden observarse finas escamas, costras, vesículas pequeñas y a veces pústulas; el centro es ligeramente escamoso y de tinte más claro. La placa anular así constituida tiene un tamaño variable entre 0.5 y 5 centímetros de diámetro. A veces solamente existe un escaso número de lesiones, pero en ocasiones son muy

numerosas, en cuyo caso suelen fusionarse muchas de ellas, formando variadas figuras policíclicas: en en trébol, etc.

En el centro de estas lesiones aparecen, en ocasiones, otras lesiones con análoga forma anular, organizándose en círculos concéntricos; se denominan placas en escarapela o en rodela. ,

Los casos más intensos presentan placas elevadas, rojas, inflamatorias, sin regresión central; se hacen secretantes y costrosas; en raras ocasiones adquieren el carácter granulomatoso y llegan a producir la ulceración de la piel.

A veces el herpes circinado coincide con la tiña del cuero cabelludo; sicosis parasítica u onicomiosis; se localizan en cualquier región, pero preferiblemente lo hacen en el tórax, cara y miembros superiores. Por lo común, las lesiones producen pocos síntomas subjetivos, aunque algunos casos son pruriginosos.

ETIOLOGIA

El herpes circinado es contagioso, realizándose el contagio por medios directos de persona o animal enfermos o por autoinoculación de un foco micótico situado en la cabeza u otras regiones. Del mismo

4 Especialista Primer Grado en Dermatología. Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba, Calzada del Cerro No. 1652, Cerro, La Habana, Cuba.

5 Dermatólogo del Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba, Calzada del Cerro No. 1652, Cerro, La Habana, Cuba.

6 Director del Laboratorio Clínico. Centro Benéfico Jurídico de Trabajadores de Cuba, Calzada del Cerro No. 1652, Cerro, La Habana, Cuba.

modo puede adquirirse por medios indirectos como los juguetes, cuando están infectados. Afecta con frecuencia a los niños y rara vez a los adultos.

Diferentes especies de *Microsporum* y *Trichophyton* se han informado como causa de esta afección. Entre los primeros es el *M. canis* el más común y generalmente coincide con la tiña del cuero cabelludo en el propio enfermo o en otros miembros de la familia según nuestras observaciones.

Las especies de *Trichophyton* que con mayor frecuencia hemos aislados en Cuba han sido el *T. mentagrophytes* y *T. tonsurans*. El *Microsporum audouinii* y los *Trichophyton schoenleinii* y *purpureum* (*rubrum*) suelen también producir la afección de acuerdo con informes del extranjero.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las lesiones anulares, son el borde rojo, escamoso, costroso o vesiculoso, sugieren el diagnóstico, que se confirma con la comprobación del parásito. Debe diferenciarse de la pitiriasis rósea, el granuloma anular, la sífilis secundaria anular, liquen plano anular y ciertas dermatitis por contacto.

TRATAMIENTO

La curación del herpes circinado puede lograrse con relativa facilidad. Se emplearán los ungüentos Desenex, Sopronol o Whitfield en fricciones dos veces al día. Con la griseofulvina se obtienen resultados sorprendentemente rápidos, administrada a razón de una o dos pastillas repartidas en el día para el adulto, tres o cuatro pastillas al día. Los niños, de acuerdo con la edad y peso.

La curación ocurre a la semana o 10 días.¹

Caso Clínico:

Historia Clínica No. 70882-

M.G.P. de 26 años de edad, raza blanca, femenina.

Motivo de consulta: Lesiones eritematosas entre las cejas y dorso de la nariz.

H.E.A. Paciente que concurre a consulta el día 3 de marzo de 1970, por lesiones eritematosas que tomaban las regiones de la piel entre las cejas y dorso de la nariz, más pronunciadas sobre el lado izquierdo, en semi ala de mariposa, sin prurito ni ardor u otra sintomatología.

A.P.F.: Padre diabético y ciego + por cardiopatía.

Madre viva - reumática.

Hermanos, 2 varones vivos y sanos, 1 hembra viva - padece de anemia-

Un hijo varón-vivo y sano.

A.P.P.: Sarampión, tosferina; operada de quiste del ovario.

Reacción a medicamentos: ninguna.

Transfusión: No.

En el examen físico general realizado en consulta a la paciente no se le encontró patología en otro órgano o aparato.

Evolución clínica del paciente:

Después de observar a la paciente en su visita a consulta el día 3 de marzo de 1970, nuestra primera impresión fue, por la localización y el eritema intenso, que se pudiera tratar de un lupus eritematoso en su comienzo, pero al interrogarla no había fiebre, dolores osteoarticulares, ni astenia por lo que inmediatamente descartamos la idea de un L.E.; no le indicamos análisis de laboratorio y sí una pomada de neoprednín, citándola por consulta a la semana siguiente.

Cuando concurre por segunda vez a consulta, ya en esta ocasión pensamos por nuestra pequeña experiencia, en una micosis superficial, aunque los caracteres no eran típicos pues persistía el eritema; pero observándose una pequeña descamación escasa; se le indica en ese momento la griseofulvina, 1 tableta cada 6 horas.

En visitas posteriores refirió la paciente que el medicamento de griseofulvina coincidía con un pequeñísimo dolor de cabeza, que ella intentando aminorar esa molestia, lo ingirió con benadrilina por ella misma indicado, no haciéndose aparente la cefalea, pero sí un poco de sueño, por lo que dejó de tomarla y continuando con la griseofulvina sola.

La griseofulvina la tomó en tres ocasiones diferentes pues, aunque se le había indicado cada 6 horas, la paciente no fue persistente en el horario de la toma de dicho medicamento y cuando desaparecían un poco las lesiones de la piel, la dejaba de tomar sin ser observada por el facultativo ya que no concurría periódicamente a consulta.

Es de señalar que cuando decimos que tomó en tres ocasiones la griseofulvina fue por las recidivas que observaba por sí misma la paciente al dejar de tomar el medicamento, pues no lo dejaba de tomar por la cefalea que nos refirió ya que ésta era muy pequeña, sino por olvido y despreocupación, causas estas que interrumpían el tratamiento y concurrencia a consulta.

La paciente aun duda que sea la griseofulvina el motivo de esa cefalea pues desde hace tiempo, uno o dos meses, suspendió dicho antimicótico y le persistió la pequeña molestia o cefalea.

El 22 de julio de este mismo año viene nuevamente a consulta presentando

lesiones de piel circinada eritematoescamosa de tamaño de moneda de peso plata aproximadamente, de forma circular en mejilla izquierda, otra lesión con las mismas características en la frente, entre las cejas, y otra superciliar izquierda con iguales caracteres. Hacía mes y medio aproximadamente que no tomaba la griseofulvina y decidimos realizarle un examen micológico de dichas lesiones, (examen No. 13 del Laboratorio de Micología de este centro de trabajo), siendo positivo de hongo patógeno el resultado del examen micológico (Dermatofito); no obteniéndose en el examen directo de la lámina previa aclaración del material del raspado con potasa al 40% y su pase por la llama sin dejar a ebullición: filamentos de dermatofito; pero sí en el cultivo en medio de Sabouraud glucosado obtuvimos el *Trichophyton rubrum*, cuyos caracteres culturales y microscópicos describiremos más adelante y acompañados de las fotos obtenidas de los mismos.

En este momento, nuevamente se le indicó tratamiento a base de griseofulvina, una tableta cada 6 horas durante 10 días, y que volviera por consulta; cosa que no realizó hasta la fecha en que volvimos a verla en el mes de septiembre según consta en las figuras 1, 2 y 3 tomadas de sus lesiones en esa ocasión.

Se hace la observación que desde el inicio del tratamiento hasta la fecha de las figuras 1, 2 y 3 tomadas a la paciente, había ingerido 80 tabletas de la griseofulvina en un término promedio de 6 meses; sabido que fue ingerido dicho medicamento con irregularidad, pero las lesiones se siguieron manifestando en nuevos sitios y formas, aunque en la misma localización, en la región de la cara.



Fig. 1—Herpes circinado de la cara (carácter inflamatorio-circinado en arco de círculo). Producido por el *Trichophyton rubrum* (*T. purpureum*).

En la fecha en que se realizan las fotos 1, 2 y 3, o sea, en el mes de septiembre, cuando tiene un nuevo brote de las lesiones en localizaciones como puede observarse en dichas fotos, se observan dichas lesiones en la frente, encima de la ceja derecha, en la ceja y algo en el párpado superior derecho, así como entre cejas y en la frente encima de la ceja izquierda. Las lesiones eran algo infiltradas, circinadas, irregulares, en arcos de círculos concéntricos, y eritematoescamosas. Se le indica pomada Whitfield friccionada en las zonas de las referidas lesiones dos veces al día, no indicándosele en esta ocasión la griseofulvina.

Asimismo queremos hacer notar que la pequeña cefalea o molestia referida, continúa según nos dice la paciente aun sin tomar la griseofulvina, por lo que concurre a la óptica donde es vista por el

optometrista quien le dice que tiene la visión normal. Más tarde interrogando de nuevo a la paciente nos refiere que padece desde hace algún tiempo de cefaleas cuando sufre disgustos y emociones (migraña), por lo cual descartamos la idea de que la griseofulvina le ocasione dicha cefalea.

A continuación pasamos a describir la sinonimia, caracteres culturales y microscópicos del *Trichophyton rubrum* (Castellani) Sabouraud, 1911, observado en el examen micológico realizado a nuestra paciente el día 22 de julio de 1970.

Trichophyton purpureum Bang, 1910. Posee numerosos sinónimos, como los siguientes:

Trichophyton rubrum (Castellani) Sabouraud, 1911. Esta denominación es muy empleada en Cuba, pero el nombre *T. purpureum* tiene prioridad, y por



Fig. 2 y 3 — Obsérvese dichas lesiones en la frente, encima de la ceja derecha, en la ceja y algo en el párpado superior derecho. así como entre cejas y en la frente encima de la ceja izquierda

tanto, es el válido. Consecuentemente, debe denominarse grupo *purpureum* en vez de grupo *rubrum*, pues el cambio no ocasionaría confusión alguna, a nuestro juicio, ya que sólo existe una especie.

Triehophyton rubidum Priestley, 1917; *Trichophyton plurizoniforme* Mac Cartby, 1925.

Grupo Rubrum

Caracteres culturales:

Sus colonias son de crecimiento rápido. La superficie es algodonosa, vellosa, o aterciopelada, con tendencia a producir depresiones lineales en disposición radial; de color blanco, pero en ciertas zonas se observan manchas irregulares de color rojo, que en algunas cepas se disponen en forma de círculos concéntricos. El reverso es de color rojo o rojo violáceo; pigmento que suele difundirse en el medio.

Queremos hacer notar que nuestro primer cultivo comenzó a germinar a los 2 días de realizada la siembra (24-7-70); a los 7 días fue nuevamente visto e informado en el libro de control del laboratorio de micología, y a los 12 días fue observado con todos los caracteres culturales descritos anteriormente.

Se realizaron resiembras de dicho cultivo: la primera R' (17-8-70), obteniéndose nuevamente el cultivo; la segunda R" (18-9-70) se obtiene de nuevo el cultivo del cual se toman las fotos 4 y 5 las cuales se acompañan; la tercera R''' (7-10-70) obteniéndose nuevamente el cultivo; y la cuarta R'''' (4-11-70) hasta la fecha en que se hace este trabajo.

Caracteres microscópicos:

En la estructura microscópica aparecen numerosas microconidias piriformes, de

2.5 a 5 micras a lo largo de las hifas o en racimos. Clamidosporos en los cultivos viejos. Las macroconidias se observan sólo en algunas capas y en número escaso, aunque con el medio de agar triptosa con infusión de corazón se induce a la germinación de las mismas.¹

Queremos hacer notar que en nuestro cultivo pudimos observar y fotografiar microconidias piriformes, generalmente aisladas a lo largo de las hifas (figuras 6 y 7), y observar también las macroconidias multicelulares de pared delgada en forma de salchicha, aunque esto último no fue posible fotografiar por deterioro del microcultivo, pero conservamos las cepas y es de significar que observamos 2 y 3 macronidias en un mismo microcultivo en medio de *Sa-bouraud* glucosado.

Discusión diagnóstica:

Las lesiones anulares, con el borde rojo, escamoso, costroso o vesiculoso, sugieren el diagnóstico clínico de herpes circinado, lo cual queda confirmado con la comprobación del parásito. Debe diferenciarse de la pitiriasis rósea, el granuloma anular, la sífilis secundaria anular, liquen plano anular y ciertas dermatitis por contacto.¹

La pitiriasis rósea y rostrada:

Se localiza en tronco y raíces de los miembros; medallones ovalados con centro amarillento ligeramente arrugado y periferia elevada rosada, escamosa, además lesiones eritematoescamosas de forma irregular; evolución cíclica, sin recidiva.

Se localizan las lesiones en tronco, tórax y abdomen; raíces de los miembros,

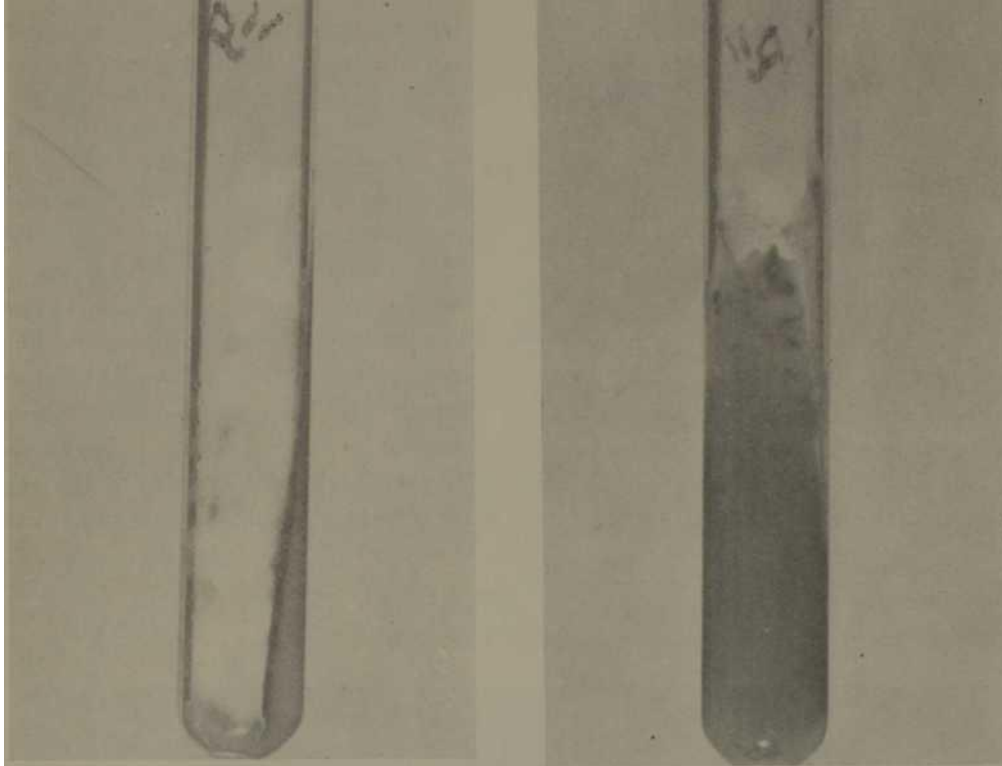


Fig. 4 — *Trichophyton rubrum* (*T. purpureum*) Segunda resiembra (R") en Sabouraud gluco- sado. Obsérvese la superficie algodonosa, vellosa o aterciopelada, con depresiones lineales; de color blanco.

Fig. 5 — *Trichophyton rubrum* (*T. purpureum*) Segunda resiembra (R") en Sabouraud gluco- sado. Reverso de la colonia, obsérvese el color rojo o rojo violáceo; pigmento difundido en el medio.

cuello; respeta la cara, cuero cabelludo, manos y pies.

En la pitiriasis rosada:

Existe la placa primitiva o medallón madre, otras lesiones en medallón y lesiones eritematoescamosas amorfas; la afección cura en 6 semanas; no recidiva.³

Granuloma anular:

Sinonimia. Erupción anular, liquen anular. Es una erupción poco común, nodular, con una notable predilección por las manos y dedos, aunque ocasionalmente se le observa en otras partes

del cuerpo. Los nodulos individuales son de color de la piel o nacarados, firmes o pastosos a la palpación, y forman anillos más o menos incompletos. Las lesiones pueden estar rodeadas de un halo violáceo. Los nodulos jamás se ulceran y desaparecen sin dejar marcas.

La enfermedad ataca principalmente a los niños, comenzando, por lo general, en la superficie lateral o dorsal de los dedos o manos, en forma de un nodule aplanado blanco, o eritematoso apagado, que lentamente se propaga en forma periférica y, al propio tiempo, involuciona en su parte central, formándose así lesiones aproximadamente anulares.

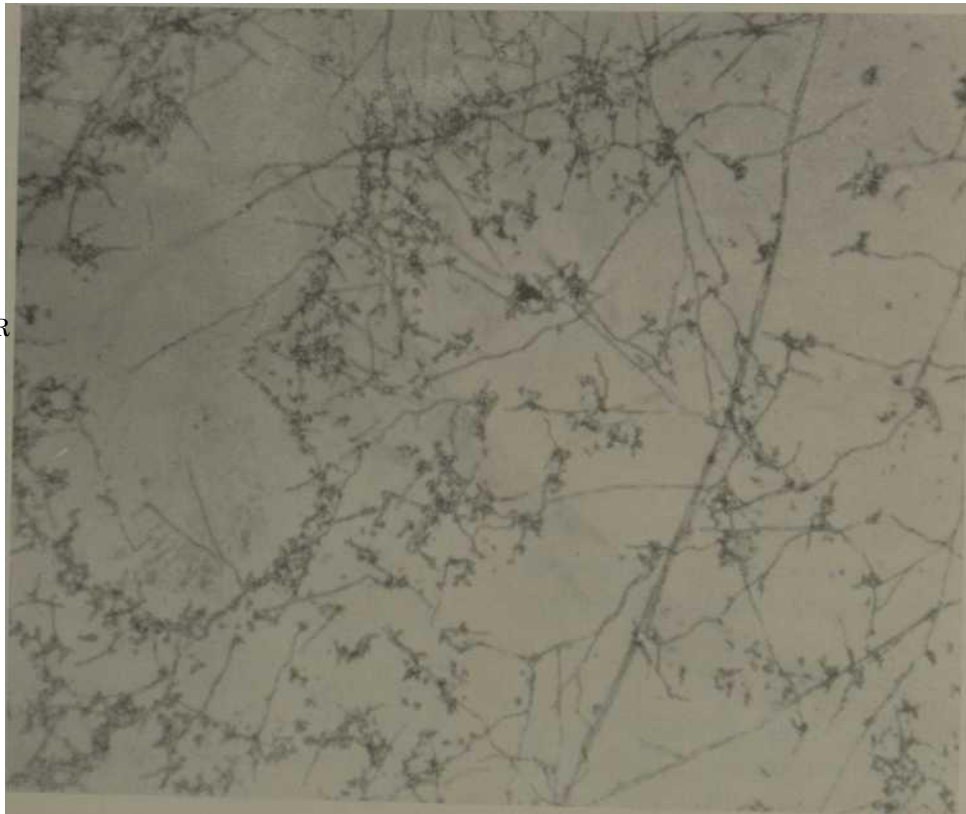
Estas lesiones pueden ser únicas o múltiples, pero raras veces exceden de media docena de elementos a pesar de haberse observado erupciones extensamente diseminadas.²

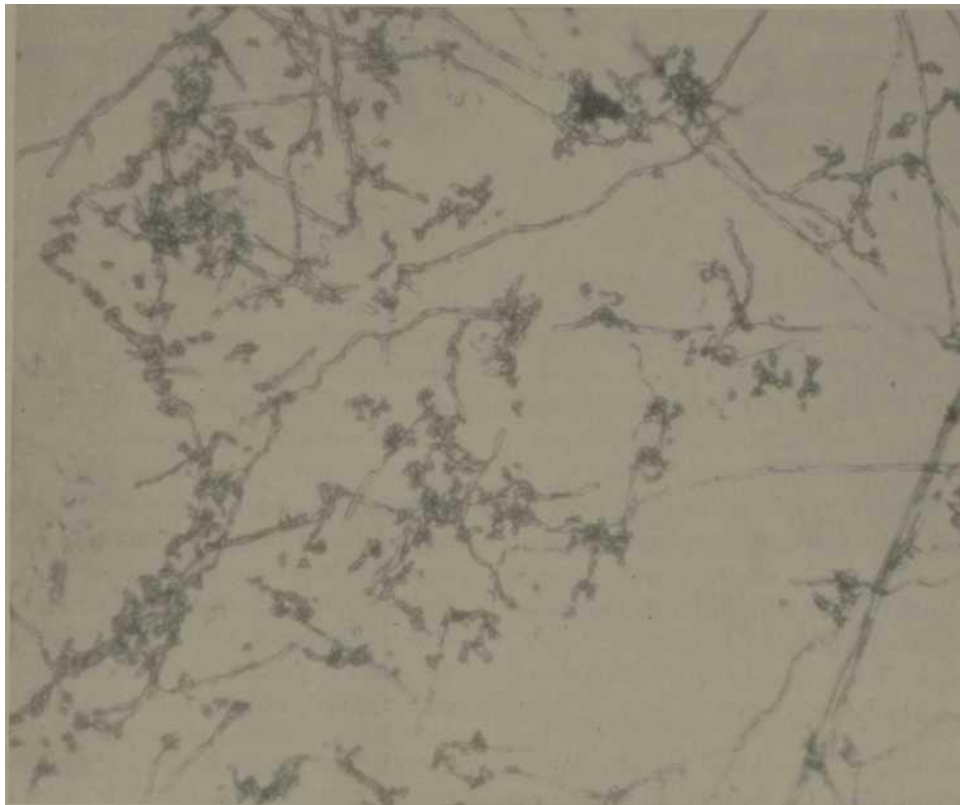
La sífilis secundaria anular:

Manifestaciones secundarias intermedias o secundarias tardías.

Disposición. Tal como acontece en el caso de las otras sífilides, las erupciones papulosas tienden a diseminarse en la primera etapa de la enfermedad y, más adelante, se convierten en lesiones más o menos localizadas, figuradas, hipertróficas o confluentes. La agrupación constituye,

entonces, una característica, siendo su ayuda diagnóstica. En los brotes más precoces se encuentra la misma forma de lesiones. La disposición puede ser en forma de corimbos o en placas, anillos o serpiginosas. La sífilides anular constituye una forma más fácilmente reconocible de lesión papulosa. Se le observa con curiosa frecuencia entre los negros. A menudo se localiza en las mejillas, especialmente en la proximidad del ángulo de la boca. Aquí puede formar círculos y a veces, áreas y disposición "gyrata", delicadas, levemente elevadas, infiltradas y finalmente descamativas.²





Figs. 6 y 7—Meroconidias piriformes generalmente aisladas a lo largo de las hifas.

Liquen plano:

Dermatosis caracterizada por lesión elemental característica, una pápula poligonal, plana, brillante.

Las localizaciones más frecuentes de las lesiones asientan en dorso de las manos, cara anterior de la muñeca y antebrazo, pierna, mucosa bucal.

La evolución es por brotes durante semanas o meses; la recidiva es bastante frecuente. Etiología: desconocida.

Entre las innumerables formas clínicas de esta afección tenemos el *liquen plano circinado* y *anular* cuya localización es sobre todo en los órganos genitales, glande y prepucio.³

Ciertas dermatitis por contacto:

Sinonimia. Eczema por contacto, dermatitis venenata, dermatitis profesional, dermatitis eczematoide.

Los términos dermatitis y eczema son aplicados a un grupo de lesiones cutáneas. En algunas partes del mundo y en algunas escuelas de medicina, dichas denominaciones son empleadas con diferentes significados. Es difícil cubrir, en forma clara y sencilla, todos los aspectos de este asunto, algunos de los cuales son cuestionables.²

Eczema. La más frecuente de las dermatosis; síndrome caracterizado por:

1. Un elemento objetivo: eritema, vesí

cula, costras, escamas; 2. Un elemento subjetivo: prurito constante; 3. Evolución aguda, subaguda o crónica por brotes; 4. Es un síndrome de intolerancia de causas múltiples: externas o internas (en general inofensivas para un sujeto normal) en un terreno predispuesto.

Considerando la etiología en las causas ocasionales externas tenemos: 1. *Mecánica*: por presión, por rascamiento; 2. *Físicas*: el sol, el calor; 3. *Químicas*: cualquier cuerpo químico puede producir eczema; los medicamentos, los productos profesionales, y los cosméticos; 4. *Vegetales*: guao, cardón, pica-pica, etc.; 5. *Microbianas*: estreptococo, liacer examen directo y cultivo y tratamiento de prueba, si es necesario; 6. *Parasitarias*: sarna, bongos, levaduras; hacer examen directo y cultivo y tratamiento de prueba, si es posible.³

Como venios, en todas las afecciones dermatológicas las cuales liemos enumerado y descrito sus caracteres, se diferencian clínicamente de la afección portadora de nuestra paciente en todos sus estadios y recidivas que hemos mencionado en la evolución del caso, así como las localizaciones bien diferentes de estas afecciones en la piel y zonas donde ellas no existen en unos u otros casos, y otros las recidivas ocurridas al dejar de tomar el medicamento de prueba (la griseofulvina), la falta de sintomatología subjetiva (el prurito) en nuestro caso, así como el hecho de la comprobación micológica por el resultado del examen micológico realizado a nuestra paciente donde obtuvimos un hongo patógeno, el cual resultó ser el *Trichophyton rubrum*, nos confirma el diagnóstico clínico de herpes circinado.

Sabemos además y esto lo recopilamos del libro de Micología Médica "Micosis observadas en Cuba", del doctor *J. Alfonso*

Armenteros; que el *Trichophyton rubrum* se lia observado en Cuba en casos de tiña del cuero cabelludo, epidermiofitosis, eczema marginado y onico- micosis.¹

Diferentes especies de *Microsporum* y *Trichophyton* se ha ninforinado como causa del herpes circinado. Entre los primeros, es el *M. canis* el más común y generalmente coincide con la tiña del cuero cabelludo en el propio enfermo o en otros miembros de la familia, según nuestras observaciones. Las especies de *Trichophyton* que con mayor frecuencia liemos aislado en Cuba han sido el *T. mentagrophytes* y *T. tonsurans*. El *Microsporum audouini* y los *Trichophyton schoenleini* y *purpureum (rubrum)* suele también producir la afección, de acuerdo con informes del extranjero.¹

Se trata pues en nuestro caso de una tiña circinada como lo comprueban las figuras 1, 2 y 3 de las lesiones clínicas descritas y, se trata de un *Trichophyton rubrum* cuyas fotos Nos. 4, 5, 6 y 7 del cultivo y del microcultivo, las cuales acompañamos al trabajo; y además conservamos la cepa que tenemos del hongo en cuestión, siendo el causante o germen productor de esta afección en nuestro caso cubano.

Es de señalar además el hecho de la edad de la paciente, 26 años, ya que esta afección es más bien propia de la infancia y esto lo hace otro dato más característico de este caso, observándose también que no es acompañada de micosis asociadas de las uñas o de los pies en nuestra paciente.

CONCLUSIONES

1. Presentamos un caso de herpes circinado en una paciente de 26 años de edad, afección propia de la in-

fancia cuyas primeras lesiones en su inicio simulaban objetivamente y daban la impresión por su localización y el eritema intenso, que pudiera tratarse de un lupus eritematoso en su comienzo, cosa que descartamos por la evolución de las lesiones y el tratamiento de prueba (la griseofulvina).

1. La cefalea a la griseofulvina quedó deshechada en este caso al comprobarse que dicha cefalea era de origen emotivo (migraña); y que la arrastraba desde hacía tiempo, antes y después de la ingestión de la droga. Es de señalar que el herpes circinado (*Tinea corporis*) no curó definitivamente a la semana o 10 días de la toma de la griseofulvina, recidivando en tres ocasiones en un término promedio de 6 meses, donde ingirió en total 80 tabletas de la griseofulvina, sabiéndose que fue ingerido dicho medicamento con irregularidad por la paciente.
2. En todas las recidivas, las lesiones

únicamente aparecieron en la región de la cara, más o menos próximas a los sitios anteriores, pero caracterizándose la última recidiva en una estructura clínica descrita, circinada en arco de círculo.

3. Se obtuvo y comprobó el hongo causal un *Trichophyton rubrum* no informado en Cuba en esta afección, observándose también macroconidias multicelulares de pared delgada en forma de salchicha en el medio de *Sabouraud* glucosado, y del cual conservamos la cepa.
4. El caso clínico no acompañaba micosis asociada de las uñas o de los pies.
5. El tratamiento final en la última recidiva con pomada Whitfield fricciónada dos veces al día en las zonas de las lesiones, evolucionó favorablemente hacia la curación.

SUMMARY

Rodríguez Mora A., et al. *Herpes circinatus*. Rev. Cub. Med. 10: 2, 1971-

A case of circinated herpes in a female adult patient which is clinically and mycologically verified, is studied, where it was obtained the *Trichophyton rubrum* (*T. purpureum*) not reported in Cuba in this affection. Treated with Griseofulvin, with recidives at the beginning and later with Whitfield ointment, had a satisfactory evolution.

RESUME

Rodríguez Mora A., et al. *Herpes Circiné*. Rev. Cub. Med. 10: 2, 1971-

Nous étudions le cas d'un herpes circiné chez une patiente adulte lequel est vérifié clinique et mycologiquement, où on obtint le *Trichophyton rubrum* (*T. purpureum*) non informé à Cuba dans cette affection; traitée avec Griseofulvine au début avec récidives et plus tard avec pommade Whitfield, elle eut une évolution satisfaisante.

PE3BKWE

Pompares Mopa A., u xp. MnKOTiiHeckM repnec. Rev. Cub. Med., 10: 2, 1971.

MccjiejiOBajia caiyHae MKKOTHHeckKoro repneca Ha# xeaCKHM b3Pocjihm <5ojh> hhm, noflTBepajiaBinerocauz miHHHHHeckKH z M2K0Ji0rjarqecKn 0 Tr.i.chophyton ruorún (i. purpureum) He HH(\$0pM2p0BaHHHE Ha Kyóe 0<3 9tom 3aoojieBaHKKH, jiesaiiaeM rpaccexJyjiBBZHOM b ero Ha^ajie c peiwmta mh h no3xe c noMajioS .Thitf ield SBOjnonnoHnpyH, yjioBJieTBopHTejiiHo.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Alfonso Armenteros, J.*: "Micología Médica, Micosis observadas en Cuba", Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1965. Pág. 100-102, 115-118.
Tomo I pág. 147, 485487; Tomo II pág. 10-11.
2. —*Andrews, G.*: "Enfermedades de la Piel", Coop. del Libro, Fed. Est. Univ., 1961,
- 3.—*Arguelles Casals, D.*: "Dermatología", Fac. de Medicina, Cuba, 1959, pág. 27, 30, 37, 88-89, 120, 124.